

The Effectiveness of Hope Therapy on Morale of Elderly

Saberi Noghabi E¹, Najafi S¹, Ebrahimi N¹, Shaban H², Ghaffari A², Abbasi M²,
Noori R^{3*}

1- MSc, Department of Community Health Nursing & Management, Faculty of Nursing, Gonabad University of Medical Sciences, Gonabad, Iran.

2- Student in nursing, Student Research Committee, Gonabad University of Medical Sciences, Gonabad, Iran.

Corresponding Author: Noori R, MSc, Department of Community Health Nursing & Management, Faculty of Nursing, Gonabad University of Medical Sciences, Gonabad, Iran.

E-mail: rnoori68@gmail.com

Received: 11 Nov 2020

Accepted: 17 Dec 2020

Abstract

Introduction: According to increase in the elderly population and the prevalence of mental disorders in this group, it is important to perform interventions to improve their mental health. Morale is also one of the dimensions of mental health that affects all aspects of human health. This study was conducted to determine the effect of hope therapy on the morale of the elderly.

Methods: This experimental study was conducted in 2015 in Gonabad city. The statistical population of all elderly people was covered by community health centers. Fifty elderly people who met the inclusion criteria were systematically randomly selected and equally divided into experimental and control groups. The research instruments included demographic questionnaires and Philadelphia morale. Questionnaires were completed before the intervention and then for the intervention group, psychotherapy based on Schneider's theory was performed in 8 sessions of 90 minutes and once a week. The questionnaire was completed again immediately and one month after the intervention. Data were analyzed by analysis of variance, chi-square and independent t-test using SPSS 16 software.

Results: The results showed that the mean morale score one month after the intervention in the experimental and control groups was respectively 14.00 ± 1.73 and 7.33 ± 3.02 . In the experimental group, the score of morale dimension scores, immediately and one month after the intervention, increased significantly compared to the control group ($P < 0.05$).

Conclusions: Considering that in this study, hope therapy had a positive effect on increasing the morale of the elderly, it is suggested that this method be used to better care for the elderly and to increase their morale in the community, hospital and nursing home.

Keywords: Hope therapy, Morale, Elderly.

تأثیر امید درمانی بر روحیه سالمندان

الهام صابری نوغابی^۱، سمانه نجفی^۱، نجمه ابراهیمی^۱، حسین شبان^۲، علی غفاری^۲، محمد مهدی عباسی^۲،رضا نوری^۳

۱- مربی، گروه پرستاری داخلی جراحی و اطفال، دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی گناباد، گناباد، ایران.
 ۲- دانشجوی کارشناسی پرستاری، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی گناباد، گناباد، ایران.
 ۳- مربی، گروه پرستاری سلامت جامعه و مدیریت، دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی گناباد، گناباد، ایران.
نویسنده مسئول: رضا نوری، مربی، گروه پرستاری سلامت جامعه و مدیریت، دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی گناباد، گناباد، ایران.
ایمیل: rnoori68@gmail.com

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۹/۲۶

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۸/۲۰

چکیده

مقدمه: با توجه به افزایش جمعیت سالمندان و شیوع اختلالات روان در این گروه، انجام مداخلات جهت ارتقاء سطح سلامت روان آن‌ها حائز اهمیت می‌باشد. روحیه نیز یکی از ابعاد سلامت روان است که بر همه ابعاد سلامتی انسان تأثیر می‌گذارد. لذا این پژوهش با هدف تعیین تأثیر امید درمانی بر روحیه سالمندان شهر گناباد انجام شد.

روش کار: این مطالعه تجربی در سال ۱۳۹۴ در شهر گناباد انجام شد. جامعه آماری تمام سالمندان تحت پوشش مراکز سلامت جامعه بودند. ۵۰ سالمند که معیارهای ورود به مطالعه را داشتند به روش تصادفی سیستماتیک انتخاب و بصورت مساوی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند. ابزار پژوهش شامل پرسشنامه‌های مشخصات جمعیت شناختی و سنجش روحیه فیلادلفیا بود. قبل از مداخله پرسشنامه‌ها تکمیل شد و سپس برای گروه آزمایش روان درمانی مبتنی بر نظریه امید شناسایی طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای و هفته‌ای یک بار انجام شد. مجدداً بلافاصله و یک ماه بعد از مداخله پرسشنامه تکمیل گردید. تجزیه و تحلیل داده‌ها با آزمون‌های آنالیز واریانس، کای اسکور و تی مستقل و با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۱۶ انجام شد.

یافته‌ها: نتایج مطالعه نشان داد میانگین نمره روحیه یک ماه بعد از مداخله در گروه آزمایش و کنترل به ترتیب برابر با $1/73 \pm 14/00$ و $3/02 \pm 7/33$ بود. در گروه آزمایش میزان نمرات ابعاد روحیه، بلافاصله و یک ماه بعد از مداخله به طور معنی داری نسبت به گروه کنترل افزایش داشته است ($P < 0/05$).

نتیجه گیری: با توجه به اینکه در این مطالعه امید درمانی در افزایش روحیه سالمندان تأثیر مثبت داشت، پیشنهاد می‌شود از این روش برای مراقبت بهتر از سالمندان و در جهت افزایش روحیه آن‌ها در جامعه، بیمارستان و خانه سالمندان استفاده شود.

کلیدواژه‌ها: امید درمانی، روحیه، سالمندان.

مقدمه

یافته خواهند بود (۳). در ایران بر اساس سرشماری سال ۱۳۹۵ حدود ۹/۳ درصد جمعیت را، افراد بالای ۶۰ سال شامل می‌شوند که نشان دهنده رشد سریع جمعیت سالمندی است (۴). در چند دهه اخیر به علت افزایش شاخص‌های بهداشتی، ارتقاء مراقبت‌های پزشکی، بهبود وضعیت تغذیه و به طور کلی ارتقاء سطح رفاه، این دوره در زندگی طولانی تر شده است. تامین، حفظ و ارتقای آسایش و آرامش این

افزایش آهنگ رشد جمعیت سالمندان در دنیا با توجه به کاهش تولد و افزایش امید به زندگی، مسئله‌ای مهم است که به عنوان انقلاب خاموش از آن یاد می‌کنند (۱، ۲). گزارش شده است که جمعیت بالای ۶۵ سال در ۴۰ سال آینده دو برابر خواهد شد، به گونه‌ای که ۵۲ درصد از این میزان در کشورهای آسیایی و ۴۰ درصد در کشورهای توسعه

قشر آسیب پذیر یکی از مهم ترین چالش های کشورها به شمار می رود که باید در برنامه ریزی های توسعه اجتماعی به آن پرداخته شود (۵-۸). سالمندی به عنوان مرحله ای اجتناب ناپذیر از زندگی، با تغییراتی در شکل و عملکرد اندامهای درونی و بیرونی همراه است. این تغییرات باعث ایجاد اختلال در عملکرد فرد شده و سازگاری وی را با محیط مختل می کند، لذا سلامت جسمی و روانی انسان در این مرحله از زندگی سیر نزولی در پیش می گیرد و سالمند از لحاظ جسمی و روانی به دیگران وابسته می شود (۶، ۹-۱۱). افراد در دوران سالمندی به علت تغییرات آناتومیک، فیزیولوژیکی و روان شناختی بیشتر در معرض خطرات بالقوه نظیر بیماری های مزمن، تنهایی و انزوا قرار می گیرند (۶). همچنین عواملی نظیر از دست دادن نقش های اجتماعی، کم شدن استقلال فردی، مرگ دوستان و نزدیکان، محدودیت های مالی و نزول سلامت جسمی و روانی تأثیری منفی بر سلامت سالمندان دارد (۱۰). لذا شیوع اختلالات روانی در سالمندان رو به افزایش است، به طوری که برخی آن را یک بحران دانسته اند (۶). نتایج مطالعات نشان می دهد ۱۵ تا ۲۵ درصد افراد بالای ۶۵ سال اختلالات روانی را با نشانه هایی نظیر اضطراب، افسردگی، کاهش حافظه، احساس تنهایی و انزوا، تجربه می کنند (۲، ۱۲). به طوری که اختلالاتی نظیر دمانس و افسردگی دومین علت از دست دادن زندگی با ناتوانی در سالمندان به شمار می آید (۱۳، ۱۴).

یکی از مهم ترین جنبه های حفظ سلامت روان در سالمندان، روحیه است. روحیه چشم انداز و دورنمای ذهنی فرد به زندگی بوده و نشانه ای بارز از سازگاری موفقیت آمیز فرد با تغییرات موقعیت ها در زندگی است. در واقع روحیه بازتاب کلی احساس فرد نسبت به محیط و جامعه ای است که در آن زندگی می کند (۱۳). بررسی روحیه از این جهت در سیستم مراقبت های بهداشتی اولیه مهم است که براساس تحقیقات متعدد، این مفهوم در تعامل کامل با سلامت است و ارتباط تنگاتنگی بین سلامت جسم، روان و روحیه وجود دارد (۱۵). در دوران سالمندی روحیه یک تعیین کننده و شاخص سالمندی موفق و کیفیت زندگی می باشد (۶، ۱۶). مطالعات نشان داده اند فقدان روحیه مثبت منجر به کاهش کیفیت زندگی سالمندان می شود؛ این در حالی

است که امید و امیدواری یکی از عوامل مثبت تأثیرگذار بر زندگی با کیفیت و سالم بویژه در دوران سالمندی است. امید یکی از پایه های اصولی توازن و قدرت روانی است که بیانگر دستاوردهای زندگی بوده و انسان را به تلاش و کوشش وادار می کند تا به سطح بالایی از عملکرد روانی و رفتاری برسد (۱۰). در واقع امیدواری به عنوان کیفیتی درونی است که می تواند عملکرد فیزیولوژیک و روان شناختی را تقویت کند (۱۷، ۱۸) و باعث غنای زندگی شود، به گونه ای که فرد قادر باشد چشم اندازی فراتر از وضعیت اکنون را ببیند این در حالی است که فقدان آن منجر به اختلال در عملکرد و کاهش کیفیت زندگی می شود و باورهای مایوس کننده افزایش می یابد (۱۸). با توجه به نقش کلیدی امید در بهزیستی روانی و عاطفی، امروزه امید درمانی یکی از جدیدترین درمان ها در حوزه روان شناسی مثبت نگر است. امیددرمانی از نظریه امید اشنایدر و اندیشه های برگرفته از درمان راه حل محور و درمان شناختی- رفتاری است که به افراد کمک می کند بتوانند با توجه به شرایطی که دارند اهداف مناسبی برگزینند و خود را برای رسیدن به اهدافشان ترغیب کنند، در راه رسیدن به اهداف موانع را شناسایی کرده و با آن مقابله نمایند (۱۷، ۱۹). اساس این درمان بر تغییر سطح شناخت و تمرکز بنا شده است (۱۰). فرنیا و همکاران (۲۰) در مطالعه خود نشان دادند که امیددرمانی باعث افزایش میزان شادکامی در بیماران دیالیزی می شود. همچنین نتایج مطالعه موحدی و همکاران (۱۸) نشان داد که آموزش امید درمانی سبب افزایش میزان امید به زندگی و سلامت عمومی در بیماران مبتلا به سرطان می شود.

نظر به اینکه دوران سالمندی اغلب با مشکلات جسمی، روحی و ناتوانی های روانی همراه است و از طرفی، سالمندان خود را در دوره پایانی زندگی می بینند و در چشم انداز پیش روی خود، مرگ را در نظر دارند، روحیه که نقش اساسی در بهزیستی روانی عاطفی دارد در این دوره نزول پیدا می کند. با توجه به نتایج پژوهش های پیشین در رابطه با اثرات مثبت امید درمانی و اینکه مطالعه ای که اثر این روش را بر روحیه سالمند بسنجد توسط پژوهشگران یافت نشد، لذا این مطالعه با هدف بررسی تأثیر امید درمانی بر روحیه سالمندان شهر گناباد در سال ۱۳۹۴ انجام شد.

الهام صابری نوغابی و همکاران

بخش اول فرم مشخصات جمعیت شناختی شامل سوابق مانند سن، جنس، وضعیت تاهل، تحصیلات، تعداد فرزندان، میزان درآمد و سابقه ابتلاء به بیماری بود. بخش دوم، ابزار سنجش روحیه مرکز سالمندشناسی فیلادلفیا بود. این ابزار، روحیه را با ۱۷ سوال، در سه بعد بی قراری شامل ۶ سوال، ناراضی نسبت به تنهایی شامل ۶ سوال و نگرش نسبت به پیری شامل ۵ سوال می‌سنجد. سوالات به صورت بلی یا خیر پاسخ داده می‌شوند و دامنه نمرات آن ۱۷-۰ می‌باشد. این ابزار، ابزاری بین فرهنگی است و در فرهنگ‌ها و جوامع متفاوت، برای سنجش روحیه قابل استفاده می‌باشد (۲۱). شاکری در تحقیقی که بر روی ۱۸۰ سالمند انجام داده بود، ضریب اعتبار کل مجموعه ۱۷ سؤالی سنجش روحیه فیلادلفیا را ۰/۸۲ گزارش کرد و مقدار آلفا خرده مقیاس بی قراری ۰/۶۱، نگرش نسبت به پیری ۰/۷۴، تنهایی ۰/۶۳ به دست آمد. روایی ملاکی و سازه مقیاس پایایی آن به روش باز آزمون تایید شد. در مجموع مقیاس سنجش روحیه فیلادلفیا ابزاری روا و پایا است که می‌توان از آن در ارزیابی سلامت و بهزیستی روانی سالمندان ایرانی استفاده کرد (۲۲). در این پژوهش روان‌درمانی مبتنی بر نظریه امید اشنایدر طی ۸ جلسه هر جلسه ۹۰ دقیقه، هفته‌ای یک بار انجام شد. محتوای جلسه هفتگی را گفت‌وگو و بیان افکار و احساسات و بحث گروهی، تمرین و ارائه تشکیل داد (جدول ۱).

روش کار

پژوهش حاضر یک مطالعه تجربی است که در سال ۱۳۹۴ در شهر گناباد انجام شد. جامعه آماری شامل تمامی سالمندان تحت پوشش مراکز سلامت جامعه بودند. حجم نمونه با استفاده از نرم افزار جی پاور و با احتساب ریزش نمونه‌ها برای هر گروه ۲۵ نفر تعیین شد. شهر گناباد دارای ۳ مرکز سلامت جامعه می‌باشد که از بین آن‌ها دو مرکز به صورت تصادفی ساده انتخاب و با استفاده از سامانه سیب، تمام سالمندان تحت پوشش آن مرکز لیست شدند و از بین آن‌ها نمونه‌ها به روش تصادفی سیستماتیک انتخاب و با استفاده از روش بلوک‌های جایگشتی ۴ تایی در ۲ گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند. معیارهای ورود به مطالعه شامل داشتن سن حداقل ۶۰ سال و بالاتر، تمایل به شرکت در مطالعه و کسب رضایت کتبی، عدم مصرف داروهای روان‌پزشکی، عدم تجربه حادثه استرس‌زا در ۳ ماه اخیر، عدم ابتلاء به اعتیاد، عدم ابتلاء به یک بیماری حاد، عدم ابتلاء به یک بیماری مزمن ناتوان‌کننده همانند سکته مغزی، آرتروز، عدم بستری شدن در بیمارستان در طی هفته قبل از نمونه‌گیری و عدم ابتلاء به بیماری و اختلال روانی تشخیص داده شده بودند که با پرسش از سالمندان مشخص شدند و معیارهای خروج شامل عدم تمایل به ادامه همکاری در مطالعه، مهاجرت و بستری شدن در بیمارستان بود. ابزارهای مورد استفاده در این پژوهش شامل دو بخش بود.

جدول ۱: محتوای جلسات امید درمانی

جلسه	محتوای جلسه
جلسه اول	معارفه، تعریف نظریه امید و مفاهیم شبه امید، شرح لزوم داشتن هدف در حوزه‌های مختلف زندگی، راه‌های رسیدن به هدف و داشتن انگیزه برای پیگیری اهداف
جلسه دوم	شرح مؤلفه‌های امید، مفهوم قدرت صبر، فواید فهرست کردن و اولویت‌بندی اهداف و شیوه‌های افزایش نیروی اراده از طریق تنظیم اهداف
جلسه سوم	توضیح در رابطه با راهکارهای تنظیم اهداف به شیوه عملی از جمله تنظیم اهداف عینی با در نظر گرفتن نقطه پایان، تنظیم اهداف عینی در چارچوب دستیابی به آنها و شکستن اهداف بزرگ به خرده هدفها
جلسه چهارم	بیان دو حوزه اصلی انگیزش و انرژی روانی از جمله انگیزش جسمانی، انگیزش روانی یا نیروی اراده ذهنی و رفع موانع ذهنی امید توسط درمانگر
جلسه پنجم	ارائه راهکارهایی برای تقویت توانایی مسیر نظیر داشتن مسیرهای متعدد برای رسیدن به هدف و فهرست‌رسانی از آنها و تجسم کردن موفقیت در طی کردن مسیر
جلسه ششم	ارائه دیگرام هدف از سوی اعضا، صحبت درباره میزان پیشرفت اعضا و ارائه دو راهکار برای افزایش سطح نیروی اراده جسمانی اعم از اصلاح رژیم غذایی و ورزش منظم و فواید
جلسه هفتم	ارائه راهکارهای مختلف برای برخورد با موانع رسیدن به هدف
جلسه هشتم	صحبت درباره امکان عود یا لغزش اعضای گروه

کتبی رضایت نامه شرکت در پژوهش رعایت شده است.

یافته ها

در این مطالعه ۵۰ سالمند در دو گروه آزمایش و کنترل انتخاب شدند که در نهایت دو نفر از گروه کنترل به دلیل عدم تکمیل پرسشنامه ها از مطالعه خارج شدند. میانگین سنی گروه آزمایش و کنترل به ترتیب برابر با ۶۳/۴۰ و ۶۵/۳۸ سال بود. آنالیز اطلاعات جمعیت شناختی با استفاده از آزمون های تی تست و کای اسکور نشان داد که در دو گروه تفاوت معنی داری وجود ندارد ($p > 0.05$) (جدول ۲).

قبل از برگزاری جلسات و بعد از آن میزان روحیه با پرسشنامه مربوطه سنجیده شد و پس از یک ماه در مرحله پیگیری، مجدداً پرسشنامه تکمیل گردید. پس از بررسی داده ها از نظر نرمال بودن با آزمون کلموگروف اسمیرنوف، تجزیه و تحلیل داده ها با کمک آزمون های آماری توصیفی و آزمون های آمار تحلیلی نظیر آزمون های آنالیز واریانس، کای اسکور و تی مستقل و با استفاده از نرم افزار SPSS ۱۶ انجام شد. این پژوهش در کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی گناباد با شماره IR.GMU.REC.1394.50 تایید گردیده است. کلیه اصول اخلاقی پژوهش اعم از توضیح اهداف و روش پژوهش، محرمانه ماندن اطلاعات و اخذ

جدول ۲: نتایج مقایسه اطلاعات جمعیت شناختی در دو گروه آزمایش و کنترل قبل از مداخله

*P- value	گروه آزمایش		متغیر
	انحراف معیار ± میانگین	انحراف معیار ± میانگین	
P= ۰/۱۹	۶۵/۳۸ ± ۶/۱۳	۶۳/۴۰ ± ۳/۱۷	سن
P= ۰/۲۲	۴/۶۰ ± ۲/۰۳	۵/۲۸ ± ۱/۶۷	تعداد فرزندان
**P- value	تعداد (درصد)		
P= ۰/۵۳	(۴۶/۵)۱۳	(۴۸)۱۲	مرد
	(۴۳/۵)۱۰	(۵۲)۱۳	زن
P= ۰/۴۰	(۷۸)۱۸	(۷۶)۱۹	متاهل
	(۲۲)۵	(۲۴)۶	مجرد
	(۳۰)۷	(۳۲)۸	بی سواد
P= ۰/۳۳	(۴۸)۱۱	(۵۲)۱۳	زیر دیپلم
	(۱۸)۴	(۸)۲	دیپلم
	(۴)۱	(۸)۲	فوق دیپلم و لیسانس
	(۴۰)۹	(۵۲)۱۳	کمتر از حد کفایت
P= ۰/۳۱	(۳۴)۸	(۳۶)۹	در حد کفایت
	(۲۶)۶	(۱۲)۳	بیشتر از حد کفایت
P= ۰/۵۴	(۲۶)۶	(۲۰)۵	دارد
	(۷۴)۱۷	(۸۰)۲۰	ندارد

*تی مستقل ** کای اسکور

الهام صابری نوغابی و همکاران

جدول ۳: مقایسه میانگین نمره ابعاد روحیه در دو گروه آزمایش و کنترل قبل، بلافاصله و یک ماه بعد از مداخله

نتیجه آزمون *	گروه کنترل انحراف معیار ± میانگین	گروه آزمایش انحراف معیار ± میانگین	متغیر	
t=- ۱/۰۴ Df= ۴۴ P= ۰/۳۰	۳/۸۰ ± ۱/۵۳	۴/۲۸ ± ۱/۵۱	قبل از مداخله	
t=- ۴۵/۵ Df= ۴۴ P< ۰/۰۰۱	۳/۷۶ ± ۱/۵۷	۵/۴۰ ± ۰/۸۶	بلافاصله بعد از مداخله	بعد بی قراری
t=- ۵/۲۸ Df= ۴۴ P< ۰/۰۰۱	۳/۵۷ ± ۱/۵۶	۵/۴۸ ± ۰/۸۲	یک ماه بعد از مداخله	
F= ۱۷/۷۷ df= ۱ P = ۰/۰۳			** نتیجه آزمون	
t= -۱/۸۸ Df= ۴۴ P= ۰/۱۶	۲/۰۴ ± ۱/۰۷	۲/۷۶ ± ۱/۴۲	قبل از مداخله	
t= - ۷/۰۰ Df= ۴۴ P< ۰/۰۰۱	۱/۷۶ ± ۱/۱۷	۳/۹۲ ± ۰/۹۰	بلافاصله بعد از مداخله	بعد نگرش به پیری
t=-۹/۳۶ Df= ۴۴ P< ۰/۰۰۱	۱/۵۷ ± ۱/۰۲	۴/۰۰ ± ۰/۷۶	یک ماه بعد از مداخله	
F= ۵۴/۱۲ df= ۱ P= ۰/۰۴			** نتیجه آزمون	
t= -۱/۵۳ Df= ۴۴ P= ۰/۱۳	۲/۱۴ ± ۱/۱۵	۲/۷۶ ± ۱/۵۱	قبل از مداخله	
t= -۳/۸۹ Df= ۴۴ P< ۰/۰۰۱	۲/۳۳ ± ۱/۱۵	۳/۷۲ ± ۱/۲۴	بلافاصله بعد از مداخله	بعد تنهایی
t=-۸/۱۰ Df= ۴۴ P< ۰/۰۰۱	۲/۱۹ ± ۱/۰۷	۴/۵۲ ± ۰/۸۷	یک ماه بعد از مداخله	
F= ۱۷/۵۵ df= ۱ p< ۰/۰۰۱			** نتیجه آزمون	
t=- ۱/۸۶ Df= ۴۴ P= ۰/۳۶	۸/۰۰ ± ۲/۸۲	۹/۸۰ ± ۳/۵۷	قبل از مداخله	
t=- ۶/۳۶ Df= ۴۴ P< ۰/۰۰۱	۷/۸۵ ± ۳/۲۶	۱۳/۰۴ ± ۰/۴۰	بلافاصله بعد از مداخله	نمره کل روحیه
t=- ۹/۳۶ Df= ۴۴ P< ۰/۰۰۱	۷/۳۳ ± ۳/۰۲	۱۴/۰۰ ± ۱/۷۳	یک ماه بعد از مداخله	
F= ۱۲/۵۳ df= ۱ P< ۰/۰۰۱			** نتیجه آزمون	

* تی مستقل ** آنالیز واریانس با تکرار مشاهدات

با توجه به (جدول ۳) و با استفاده از آزمون تی مستقل، نتایج مطالعه نشان داد که در دو گروه آزمایش و کنترل در میزان نمرات ابعاد روحیه قبل از مداخله تفاوت معنی داری وجود نداشت ($P > 0/05$) اما میزان نمرات ابعاد روحیه در دو گروه بلافاصله و یک ماه بعد از مداخله تفاوت معنی داری وجود داشت ($P < 0/05$). همچنین با استفاده از آزمون آنالیز واریانس با تکرار مشاهدات، نتایج مطالعه نشان داد که در گروه آزمایش میزان نمرات ابعاد روحیه بلافاصله و یک ماه بعد از مداخله به طور معنی داری افزایش داشته است ($P < 0/05$).

بحث

هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی امیددرمانی بر روحیه سالمندان بود. یافته‌های این پژوهش نشان داد که میانگین نمرات اعضای گروه آزمایش، در مرحله پس از مداخله نسبت به قبل از مداخله، در ابعاد آزمون روحیه افزایش یافته است اما این تغییر در گروه کنترل مشاهده نمی‌شود. مطالعه شریفی و همکاران نشان داد مداخله امیددرمانی در سالمندان توانست سرزندگی زنان سالمند روستایی و رضایت از زندگی آنان را افزایش دهد (۱۷). مطالعه پروانه و همکاران نیز نشان داد امیددرمانی باعث افزایش شادکامی سالمندان شده است (۱۰). در همین راستا نتایج مطالعه جمال زاده و گلزاری نیز تأثیر مثبت امید درمانی در افزایش شادکامی و رضایت از زندگی زنان سالمند مستقر در مرکز سالمندان را نشان داد (۲۳). این یافته همچنین با پژوهش بیلی و اشنایدر (۲۴) و جونز و همکاران (۲۵) همخوانی دارد. کابورال و همکارانش در پژوهشی که به منظور بررسی تأثیر امید بر تحمل بیماری و کیفیت زندگی سالمندان مبتلا به بیماری قلبی مزمن انجام دادند، نتایج نشان داد امید می‌تواند تأثیر مثبتی بر تحمل بیماری و طول عمر سالمندان داشته باشد و باعث بهبود کیفیت زندگی آنان شود (۲۶). تحقیقات لوپز و کر نیز نشان داد که آموزش امیددرمانی می‌تواند در توسعه و افزایش حس خوش بینی، امید و شادی در سالمندان تأثیر به‌سزایی داشته باشد (۲۷). امیدواری، عملکرد فیزیولوژیک و روان شناختی افراد را تقویت می‌کند و فقدان آن منجر به اختلال زودرس در عملکرد فرد می‌شود (۱۷). در خصوص تغییرات بعد درک از پیری ابزار روحیه فیلاذلفیا

پس از انجام مداخله می‌توان گفت: درک بهتر از پیری و پذیرش شرایط بوجود آمده در ابعاد جسمی و روانی در سالمندی می‌تواند سالمندان را برای پذیرش مشکلات پیش رو در این دوران آماده نماید و برنامه آموزشی امید درمانی می‌تواند این شرایط را برای سالمندان فراهم نماید چرا که در این برنامه به مواردی همچون توجه به خود، صبور بودن و توجه به ارتباط بین فکر و احساس پرداخته می‌شود و این‌ها از جمله مسائلی هستند که در پذیرش و درک از پیری مناسب تأثیر دارند (۲، ۲۸، ۲۹).

بعد دیگر پرسشنامه فیلاذلفیا تنهایی بود که در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل تغییرات آشکاری داشته است. تنهایی در سالمندان مربوط به دو صورت احساس تنهایی (حتی در حضور جمع) و تنها ماندن بصورت فیزیکی می‌باشد. احساس تنهایی به مسائل روانی و ذهنی بر می‌گردد، این که سالمند در جمع مورد توجه قرار نگیرد و اغلب در حاشیه باشد و تنها ماندن فیزیکی به دلایل مختلفی از جمله مرگ همسر، دوری از فرزندان و ... می‌باشد که برنامه امید درمانی با تأثیر گذاری بر هر دو نوع این وضعیت تنهایی در سالمندان به این صورت که در مورد احساس تنهایی با آموزش‌هایی که در خصوص ارتباط فکر و احساسات، توجه به منابع مختلف راهیابی به اهداف و انگیزش و اعتماد بنفس دارد می‌تواند احساس تنهایی را در سالمندان کمتر نماید و در خصوص تنهایی فیزیکی، حضور در جمع و ارتباط با دیگر سالمندان و احتمالاً تداوم یافتن این ارتباطات در کم کردن تنهایی فیزیکی سالمندان هم موثر بوده و در نهایت بر نمره این بعد از پرسشنامه روحیه تأثیر گذار می‌باشد (۲۸).

یکی دیگر از ابعاد پرسشنامه فیلاذلفیا بی‌قراری بود که در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل بعد از برنامه آموزشی امید درمانی افزایش آشکاری را نشان می‌دهد. بی‌قراری یکی از علائم اضطراب و استرس است (۳۰). نتایج تحقیقات بیانگر اینست که ۸۵ درصد اختلالات جسمی و روانی در سالمندان جنبه اضطرابی داشته و در نتیجه محرومیت‌ها و ناتوانی‌هاست و می‌تواند تحت تأثیر کیفیت زندگی و اختلالات طبی قرار بگیرد (۳۱، ۳۲). آموزش‌های امید درمانی می‌تواند با تأکید بر مواردی نظیر ایجاد انگیزش‌های روانی و جسمانی با خودگویی‌های مثبت و اتخاذ راهکارهایی برای برخورد با موانع دستیابی به اهداف که می‌تواند

الهام صابری نوغابی و همکاران

و انزوا بیشتر دچار افت روحیه و انگیزه هستند، این اقدام می تواند اثربخش باشد (۲۳).

از جمله محدودیت های پژوهش می توان به زمان پاسخ دهی به پرسشنامه اشاره کرد که تحت تأثیر عواملی چون شرایط فیزیولوژیک و روان شناختی فرد قرار می گیرد و در رابطه با متغیری نظیر روحیه، شرایط و احساسات فرد پاسخگو در زمان تکمیل پرسشنامه بسیار بر نتیجه آن تأثیرگذار خواهد بود و این امر خارج از کنترل پژوهشگر بوده است. یکی دیگر از محدودیت های پژوهش می توان به کمبود مطالعات انجام شده در زمینه روحیه سالمندان جهت مقایسه و نقد مطالعه اشاره کرد. لذا پیشنهاد می شود مطالعات دیگری بر روی گروه خاصی از سالمندان که شرایط تقریباً یکسانی دارند مانند سالمندان مبتلا به سرطان یا در خانه های سالمندان انجام شود.

نتیجه گیری

با توجه به نتایج این پژوهش که نشان داد که امید درمانی بر روحیه سالمندان تأثیر مثبت دارد لذا پیشنهاد می شود از این روش در جهت افزایش روحیه سالمندان جامعه، بیمارستان ها و خانه های سالمندان استفاده شود و همچنین با ایجاد مراکز مشاوره در مراکز سلامت جامعه و روش های امیددرمانی در ارتقاء سطح روحیه سالمندان به کار گرفته شود.

سیاسگزار

نویسندگان بر خود لازم می دانند از کلیه سالمندانی که در انجام این پژوهش ما را یاری نمودند تقدیر و تشکر به عمل آورند. این مطالعه حاصل طرح با شماره ۹۴/۲۰ و با حمایت مالی کمیته تحقیقات دانشجویی - معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی گناباد انجام شده است.

References

1. Abolhasani F, Bastani F. Successful Ageing in the Dimensions of Life Satisfaction and Perception of Ageing in the Iranian Elderly Adults Referring to the Health Center in the West of Tehran, Iran. *Iran Journal of Nursing*. 2019;31(116):61-74. <https://doi.org/10.29252/ijn.31.116.61>
2. Mohammadpour A, Sadeghmoghadam L,

یکی از مهم ترین دلایل بروز اضطراب و بی قراری باشد، روشی مناسب در ارتقای نمره این بعد از روحیه در سالمندان باشد.

در تبیین یافته های حاصل از این پژوهش می توان گفت امیددرمانی سطح توانمندی های رفتاری نظیر آینده نگری و خودنظم دهی را بالا می برد. امید باعث ایجاد انگیزه و معنی یافتن زندگی می شود و به افرادی که در موقعیت های سخت زندگی و مصیبت ها قرار گرفته اند، انرژی لازم برای رویارویی با چالش ها را فراهم می کند و به فرد برای رسیدن هدف و سازگاری با شرایط انگیزه و توان می دهد. افراد امیدوار، انگیزه و انرژی بیشتری برای پیگیری اهداف خود دارند. همچنین داشتن اهداف در زندگی و باور به تحقق آن و تلاش برای رسیدن به آن باعث کاهش افسردگی و بالا رفتن خلق و افزایش شادکامی می شود (۱۰). اما در دوران سالمندی به دلایلی نظیر مشکلات جسمانی و روانی، فقدان نقش های اجتماعی، مرگ دوستان و نزدیکان، محدودیت های مالی و افزایش انزوا میزان امیدواری و شادکامی کاهش می یابد. با این حال نتایج تحقیقات اخیر نشان داده اند که سالمندان دارای ظرفیت ها و مهارت های شناختی هستند که به آن ها در یادگیری های جدید و ادامه رشد و افزایش رضایتمندی از زندگی کمک خواهد کرد (۳۳). در نظریه امید، اهداف منبع اصلی هیجان هستند و هیجان مثبت از طریق دستیابی به هدف یا تلاش برای رسیدن به هدف بوجود می آید و این هیجان مثبت باعث ارتقای روحیه و کاهش خلق افسرده و کمبود انرژی می شود (۱۹) و در نتیجه امیددرمانی به دلیل کمک به فرد برای تعیین هدف، ایجاد انگیزه و علاقه نسبت به فعالیت های زندگی می تواند منجر به ارتقای روحیه و ایجاد حس شادکامی افراد شود. به ویژه در سالمندان که به علت بازنشستگی و کناره گیری از فعالیت های اجتماعی

- Shareinia H, Jahani S, Amiri F. Investigating the role of perception of aging and associated factors in death anxiety among the elderly. *Clinical interventions in aging*. 2018;13:405. <https://doi.org/10.2147/CIA.S150697>
3. Beard JR, Officer A, De Carvalho IA, Sadana R, Pot AM, Michel J-P, et al. The World report on ageing and health: a policy framework for healthy

- ageing. The lancet. 2016;387(10033):2145-54. <https://doi.org/10.1093/geront/gnw037>
4. Mohammadi S, Yazdani Charati J, Mousavinasab N. Factors Affecting Iran's Population Aging, 2016. Journal of Mazandaran University of Medical Sciences. 2017;27(155):71-8.
 5. Delui MA, Abedi H. The comparative study of the support needs of the urban and rural elderly in the city of gonabad in 2014. Biomedical and Pharmacology Journal. 2015;8(2):905-13. <https://doi.org/10.13005/bpj/841>
 6. Shahbazi MR, Foroughan M, Salman Roghani R, Rahgozar M. The relationship between disability and variables of depression, cognitive status, and morale among older people. Iranian Journal of Ageing. 2016;11(1):132-41. <https://doi.org/10.13005/bpj/841>
 7. Nemati D, Agha Bakhshi H. Tehran an age friendly city: first steps towards first capital of aging in the world. Social Research. 2013;6(18):15-44.
 8. Pruchno RA, Wilson-Genderson M, Rose M, Cartwright F. Successful aging: Early influences and contemporary characteristics. The Gerontologist. 2010;1;50(6):821-33. <https://doi.org/10.1093/geront/gnq041>
 9. Amiri Delui M, Abedi H, Tahmasebi S, Ebrahimi N, Sadeghmoghadam L. Improving the Quality of Services for the Elderly Referred To 22-Bahman Hospital: An Action Research. Journal of Gerontology. 2018;2(4):55-63. <https://doi.org/10.29252/joge.2.4.55>
 10. Parvaneh, E., Azizi, K., Karimi, P. The Effectiveness of Hope-Therapy on the Enhancement of Happiness in Elderly. Aging Psychology, 2015; 1(1): 41-47.
 11. Ahmadi M, Noudehi M, Esmaeili M, Sadrollahi A. Comparing the quality of life between active and non-active elderly women with an emphasis on physical activity. Iranian Journal of Ageing. 2017;12(3):262-75. <https://doi.org/10.21859/sija.12.3.262>
 12. Bakhtiyari M, Emaminaeini M, Hatami H, Khodakarim S, Sahaf R. Depression and perceived social support in the elderly. Iranian Journal of Ageing. 2017;12(2):192-207. <https://doi.org/10.21859/sija-1202192>
 13. Zarifnejad G, SaberiNoghabi E, DelshadNoghabi A, Koshyar H. The Relationship between social support and morale of elderly people in Mashhad in 2012. Journal of Rafsanjan University of Medical Sciences. 2014;13(1):3-12.
 14. Nazari S, Foroughan M, Shahboulaghi FM, Rassouli M, Sadeghmoghadam L, Farhadi A, et al. Perceived social support in Iranian older adults: A qualitative study. Educational Gerontology. 2016;42(6):443-52. <https://doi.org/10.1080/03601277.2016.1139970>
 15. Association AP. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. BMC Med. 2013;17:133-7.
 16. Miller CA. Nursing for wellness in older adults: Lippincott Williams & Wilkins; 2009.
 17. Sharifi, J., Shahbazi, M., Godarzian, M. Effectiveness of hope therapy on life satisfaction and vitality of elderly women. Beyhagh. 2015; 20 (1): 11-21.
 18. Movahedi M, Movahedi Y, Farhadi A. Effect of hope therapy training on life expectancy and general health in cancer patients. Journal of Holistic Nursing And Midwifery. 2015;25(2):84-92.
 19. Snyder CR. Hope theory: Rainbows in the mind. Psychological inquiry. 2002;13(4):249-75. https://doi.org/10.1207/S15327965PLI1304_01
 20. Farnia F, Zarei H, Baghshahi N. The effectiveness of group hope therapy on happiness in hemodialysis patients. JOURNAL OF URMIA NURSING AND MIDWIFERY FACULTY. 2016;14(6):543-50.
 21. Lawton MP. The Philadelphia geriatric center morale scale: A revision. Journal of gerontology. 1975;30(1):85-9. <https://doi.org/10.1093/geronj/30.1.85>
 22. Shakeri F, Foroughan M, Aarzad V. Psychometric Properties Philadelphia Geriatric Morale Scale in iranian elderly. Psychometr Journal. 2012;1(3):105-87.
 23. Jamalzadeh R, Golzari M. The effectiveness of hope therapy on increasing happiness and life satisfaction among elderly women residing in nursing home of borujen. 2014;5(2):31-48.
 24. Bailey TC, Snyder C. Satisfaction with life and hope: A look at age and marital status. The Psychological Record. 2007;57(2):233-40. <https://doi.org/10.1007/BF03395574>
 25. Jones AR, Thompson CJ, Oster RA, Samadi A, Davis MK, Mayberry RM, et al. Breast cancer knowledge, beliefs, and screening behaviors among low-income, elderly black women. Journal of the National Medical Association.

- 2003;95(9):791.
26. Caboral MF, Evangelista LS, Whetsell MV. Hope in elderly adults with chronic heart failure. Concept analysis. *Investigacion y educacion en enfermeria*. 2012;30(3):406-11.
 27. Lopez SJ, Kerr BA. An open source approach to creating positive psychological practice: A comment on Wong's Strengths-centered Therapy. 2006. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.43.2.147>
 28. Sadeghmoghadam L, Foroughan M, Mohammadi Shahboulaghi F, Ahmadi F, Nazari S, Farhadi A, et al. The Lived Experiences of Aging in Older Adults: A Phenomenological Study. *Iranian Journal of Ageing*. 2020;14(4):478-93. <https://doi.org/10.32598/sija.13.10.400>
 29. Sadeghmoghadam L, Ahmadi Babadi S, Delshad Noghabi A, Nazari S, Farhadi A. Effect of telenursing on aging perception of Iranian older adults. *Educational Gerontology*. 2019; 45(7):476-82. <https://doi.org/10.1080/03601277.2019.1657263>
 30. Roupa Z, Koulouri A, Sotiropoulou P, Makrinika E, Marneras X, Lahana I, et al. Anxiety and depression in patients with type 2 diabetes mellitus, depending on sex and body mass index. *Health science journal*. 2009;3(1):32-40.
 31. Huang M-F, Courtney M, Edwards H, McDowell J. Factors that affect health outcomes in adults with type 2 diabetes: A cross-sectional study. *International journal of nursing studies*. 2010;47(5):542-9. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2009.10.012>
 32. Mousavi SA, Aghayan S, Razavianzadeh N, Nourouzi N, Khosravi A. Depression and General health status in type ii diabetic patients. 2008;3(1):44-48.
 33. Cahoon CG. Depression in older adults. *AJN The American Journal of Nursing*. 2012;112(11):22-30. <https://doi.org/10.1097/01.NAJ.0000422251.65212.4b>